

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

437

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude PRIOLEAU

Né le 16 Juin 1936, à Saint-Denis (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 1964

**Plasties de la jonction urétéro-pyélique
dans un service de chirurgie générale
d'un centre hospitalier régional**

*

(CINQ OBSERVATIONS)

Président : M. LORTAT-JACOB, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PRIOLEAU

Prénom : JEAN-CLAUDE

Date de soutenance : 15 mai 1964

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

PRIOLEAU (JEAN-CLAUDE) -
Plasties de la jonction urétéro-
pyélique dans un service de
chirurgie générale d'un centre
hospitalier régional. Cinq
observations. — Paris, Imp. R.
Foulon & Cie, 1964, in-8°, 31 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

PRIOLEAU (JEAN-CLAUDE) -
Plasties de la jonction urétéro-
pyélique dans un service de
chirurgie générale d'un centre
hospitalier régional. Cinq
observations. — Paris, Imp. R.
Foulon & Cie, 1964, in-8°, 31 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

PRIOLEAU (JEAN-CLAUDE) -
Plasties de la jonction urétéro-
pyélique dans un service de
chirurgie générale d'un centre
hospitalier régional. Cinq
observations. — Paris, Imp. R.
Foulon & Cie, 1964, in-8°, 31 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

PRIOLEAU (JEAN-CLAUDE) -
Plasties de la jonction urétéro-
pyélique dans un service de
chirurgie générale d'un centre
hospitalier régional. Cinq
observations. — Paris, Imp. R.
Foulon & Cie, 1964, in-8°, 31 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude PRIOLEAU

Né le 16 Juin 1936, à Saint-Denis (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 1964

**Plasties de la jonction urétéro-pyélique
dans un service de chirurgie générale
d'un centre hospitalier régional**

*

(CINQ OBSERVATIONS)

Président : M. LORTAT-JACOB, Professeur

I M P R I M E R I E

R. FOULON & C^{ie}

29, RUE DEPARCIEUX, 29

PARIS — 1964

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAU D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), L. (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven. . .	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	OLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (I.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca) . .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)



	MM.
médicales : Broussais : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - Cochin : BROUET (G.); - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.); - Lariboisière : SÈZE (S. DE); - Pitié : DREYFUS (G.); - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
médicale propédeutique (Broussais) ..	JUSTIN-BESANÇON (L.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..	DEROT (M.)
neuro-chirurgie (Pitié) ..	DAVID (M.)
neurolog. (Salpêtrière) ..	GARCIN (R.)
obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.); - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).	
obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) ..	RENARD (G.)
» (Cochin) ..	OFFRET (G.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)

	MM.
— pédiatrie et de puéril. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
— pneumo-phthisiologie (Laennec) ..	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière) ..	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
— toxicologique ..	GAULTIER (M.)
— urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale ..	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales ..	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique ..	JUDET (R.)
Clinique urolog. (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) N...	

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
maladies infectieuses ..	BASTIN (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie ..	MADURO (R.)
Pneumo-Phthisiologie ..	KREIS (B.)

Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).	
Rhumatologie ..	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) *pr. s. ch.* MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *pr. s. ch.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Ophtalmologie : MM. BARBIER (P.); *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); FOURNIER (P.).

Chimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), *pr. s. ch.*; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); LÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

Physiologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Physiologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), *pr. s. ch.*

Pharmacologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Physiologie : M. HATT (P.-Y.).

Pharmacologie-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), *m. conf.*; LEDOUX-LEBARD (G.).

Physiologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), *p. s. ch.*; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHT (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ASON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (J.)

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (G.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURIE (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (J.)

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAËL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (C.)

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUBOIS (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (J.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (C.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (J.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (J.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (P.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDIROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE DANTY (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (J.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Ce témoignage de mon infinie
reconnaissance et de mon affection.*

A MON FILS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. LORTAT-JACOB

Professeur de Cliniques Chirurgicales
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette Thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. BANCAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien-Chef au Centre Hospitalier de Chartres

Notre passage dans votre Service où vous nous avez accueilli avec bienveillance, a été pour nous, du plus riche enseignement.

Vous avez bien voulu nous associer à vos travaux et nous prodiguer vos précieux conseils.

Votre scrupuleuse honnêteté professionnelle, votre sens du devoir, votre dévouement inlassable pour vos malades, ont été pour nous les témoins de la grandeur de notre Métier.

Permettez-nous de vous exprimer ici, notre respectueuse et inaltérable reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MICHON
de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien honoraire des Hôpitaux

Qui nous aida de ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P.-Y. PALEY
Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef au Centre Hospitalier de Chartres

A tous les Médecins
du Centre Hospitalier de Chartres

A mes Collègues
de l'Internat du Centre Hospitalier de Chartres
ET EN PARTICULIER
AUX DOCTEURS GEORGAKAKIS et LELIEUR

A tout le personnel
du Service de Chirurgie
DE MONSIEUR LE DOCTEUR BANCAUD
au Centre Hospitalier de Chartres

A tout le personnel
de la Clinique Notre-Dame de Bon-Secours à Chartres

AU MÉDECIN-COMMANDANT TITON

Médecin-Chef de l'Ecole d'Application de l'Artillerie
de Châlons-sur-Marne

*En reconnaissance pour les facilités
qu'il nous accorda.*

UN PEU DE BIBLIOGRAPHIE

● MONSIEUR LE PROFESSEUR KUSS *.

« Je suis pleinement d'accord avec Monsieur L. MICHON pour reconnaître qu'il existe des procédés plus simples que la résection de la jonction. En particulier, la section d'une artère anormale peut parfaitement assurer la régression d'une hydronéphrose. Dans bien des cas, il est, en effet, impossible de se prononcer sur le rôle pathologique d'un vaisseau croisant la voie excrétrice au voisinage de la jonction (rôle déterminant ou facteur secondaire d'aggravation, ou simple rapport de voisinage, thème de discussions vieilles de plus de cinquante ans et toujours d'actualité). Sectionner l'artère, dans ces cas, c'est jouer à pile ou face, c'est prendre le risque des conséquences d'un infarctus et compliquer singulièrement la reprise opératoire éventuelle. Dans l'incertitude, mieux vaut lorsqu'elle est possible, s'adresser à une anastomose pyélo-urétérale latéro-latérale chère à Monsieur L. MICHON lorsqu'elle est possible, ou à une résection de la jonction pyélo-urétérale toujours possible.

« Monsieur R. COUVELAIRE a parfaitement raison de rappeler les difficultés que pose parfois l'indication de la chirurgie conservatrice des hydronéphroses qui, c'est l'évidence, ne doit s'adresser... qu'aux hydronéphroses, difficultés que soulève parfois le problème de douleurs rénales et plus particulièrement celui du dépistage précoce de la dysectasie de la jonction pyélo-urétérale responsable de la majorité des hydronéphroses. »

(*) *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1959, tome 85.

● PROFESSEUR CIBERT *.

« La chirurgie plastique de la jonction pyélo-urétérale pour hydronéphrose permet d'obtenir d'excellents résultats dont la qualité ne doit être jugée que sur la disparition des signes cliniques, la limpidité de l'urine et l'amélioration fonctionnelle à la radiographie.

« Par contre, au passif de ces interventions, il faut mettre :

— Une mortalité faible.

— Des suites opératoires souvent longues et pénibles.

— Un nombre appréciable de néphrectomies. Celles-ci posent le problème de la chirurgie conservatrice itérative.

« Or, fait capital, le pronostic avant l'intervention paraît difficile, en effet :

« Il est classique d'insister sur l'état préopératoire. La lithiase, l'infection, le fléchissement de la valeur fonctionnelle du rein, l'importance de la dilatation à l'Urographie sont considérés comme de mauvais pronostic.

« Par contre, le jeune âge nous semble être un élément de bon pronostic.

« Les indications opératoires doivent être prudentes. Seules les hydronéphroses réellement gênantes ou celles qui menacent le rein, doivent être opérées, à l'exclusion de la petite hydronéphrose qui n'entraîne qu'une ou deux crises de coliques néphritiques par an ou une albuminurie isolée. Cela tout particulièrement s'il s'agit d'une hydronéphrose bilatérale ou sur rein unique.

« L'indication admise, le choix du procédé relèvera des constatations opératoires : on ne peut en préjuger avant l'intervention. En l'absence de vaisseau anormal, toute hydronéphrose ne justifie pas une intervention sur la jonction.

« En fait, le plus souvent, la jonction pyélo-urétérale est un obstacle, anatomique ou fonctionnel, mais indiscutable : une intervention classique s'impose alors. Cependant, il est difficile de prendre parti pour une technique donnée et quelle que soit la technique utilisée, on n'est jamais absolument certain de réussir ».

(*) Travail de la Clinique d'Urologie de Lyon. *Journal d'Urologie et de Néphrologie*, avril-mai 1962, tome 68.

CHAPITRE I

RAPPEL SOMMAIRE DES TYPES D'INTERVENTIONS

Nous avons classé les types d'intervention en :

- 1° ANASTOMOSE PYÉLO-URÉTÉRALE LATÉRO-LATÉRALE sous la jonction rétrécie,
- 2° URÉTÉROTOMIE EXTRA-MUQUEUSE — OPÉRATION DE BONINO : consiste en une section longitudinale de la seule musculeuse de la jonction pyélo-urétérale en respectant la muqueuse.
- 3° URÉTÉROTOMIE LONGITUDINALE TOTALE : section longitudinale de la zone rétrécie, introduction d'un tube par pyélotomie sur lequel on laisse l'uretère se cicatriser pendant un mois environ.
- 4° PYÉLOPLASTIE EN Y-V — OPÉRATION DE FOLEY : incision en Y sur la jonction, la branche inférieure de l'Y étant urétérale, les deux branches supérieures étant pyéliques. Suture en V.
- 5° OPÉRATION DE FENGER : incision longitudinale de la jonction pyélo-urétérale suivie de suture transversale.
- 6° RÉIMPLANTATION PYÉLO-URÉTÉRALE :
 - *Technique de Kuss* : consiste à sectionner obliquement l'uretère en zone saine, à faire une résection longitudinale du bassinet et à rétablir la continuité par une anastomose en raquette.
 - *Autre technique* : réimplantation isolée de l'uretère dans la face postérieure du bassinet, en dedans de la suture pyélique.

CHAPITRE II

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois, soit dans notre service hospitalier, soit en clinique, des plasties des voies rénales excrétrices qui, dans la plupart des cas, nous ont donné des résultats bons, voire même inespérés.

Nous rapportons ces observations car, bien qu'il soit maintenant classique et courant de faire des plasties des voies rénales excrétrices, nous voudrions insister sur un certain nombre de détails que nous avons retenus et nous voudrions dire l'impression de facilité que ces interventions nous ont donnée alors que nous ne sommes pas particulièrement cantonnés dans les voies urinaires, dans notre pratique chirurgicale habituelle.

Nous avons eu à intervenir cinq fois.

Nous rapprochons des quatre premières observations, celle de Madame G... (obs. n° 5) qui est un peu différente puisqu'il s'agit d'une hydronéphrose par uretère rétro-cave.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Madame M..., trente ans.

Cette malade nous est adressée pour lombalgies gauches, très mauvais état général, vomissements, oligurie.

L'interrogatoire nous apprend :

Juin 1945 :

NÉPHRECTOMIE DROITE à Lyon pour lithiase infectée.

La tuberculose est éliminée formellement.

Complications post-opératoires du même côté, un mois après l'intervention. Abscès ?

Avril 1946 :

Toujours à Lyon, décapsulation du rein gauche ou intervention sur le sympathique pour accidents d'anurie. Entre les deux interventions, plusieurs infiltrations lombaires.

Novembre 1958 :

La malade souffre toujours et présente :

- pyurie;
- oligurie, œdème des M.I. et fièvre;
- purpura;
- grosse masse tendue de l'hypochondre gauche avec poussée d'azotémie.

La malade est soignée par un confrère; il lui fait des lavages du bassin et un traitement antibiotique.

Nette amélioration, mais la région lombaire gauche reste douloureuse spontanément, à la palpation.

Début 1960 :

- aggravation des douleurs gauches;
- la malade est pratiquement couchée en permanence;
- vomissements fréquents;
- urée normale (dosages à plusieurs reprises dans deux laboratoires différents).

Début mars 1960 :

Nous voyons la malade pour la première fois. Devant l'aggravation et l'urée normale, on décide de faire une :

— *Urographie I.V.* : qui montre un rétrécissement important de la jonction pyélo-urétérale gauche.

Le Docteur Michon, consulté, conseille et décide l'intervention.

23 mars 1960 :

INTERVENTION (Chirurgiens : Docteur Michon; Docteur Bancaud).

Incision lombaire gauche sur le prolongement de la 11^e côte. Bonne exposition. Rein considérablement gonflé qui se dégonfle à l'ouverture.

Incision en V ouvert en bas, à cheval sur la jonction pyélo-urétérale.

On aborde le bassinet par la face antérieure.

Les points sont faits au catgut sertix 000 chromé.

3 avril 1960 :

La malade a recommencé à uriner partiellement par les voies normales. *On ferme la sonde* mais on fait plusieurs lavages par jour.

19 avril 1960 :

Clichés radiographiques : 4 clichés.

- Les deux premiers : inection du liquide opaque par la sonde rénale.

Aucun passage spontané.

- Clichés 3 et 4, par sonde urétérale : montrent une communication pyélo-urétérale assez étroite.

Pour obtenir un fonctionnement normal de la bouche anastomotique, on doit laisser plusieurs fois, pendant une durée de 2 à 4 jours chaque fois, une sonde à demeure.

13 septembre 1960 :

On revoit la malade qui va tout à fait bien avec cependant une douleur légère du côté gauche.

- Prise régulière de poids.
- Urée sanguine à 0,59 g.

22 septembre 1960 :

Clichés par voie ascendante : amélioration assez nette qui se voit sur l'« évolution de l'hydronéphrose ».

4 février 1961 :

La malade est prise de douleurs au niveau de l'hypochondre droit avec vomissements fréquents ... et on a la surprise de sembler constater une masse de l'hypochondre droit; par contre on ne perçoit pas le rein gauche.

4 février 1961 :

Radiographie de la vésicule après préparation : nombreux calculs.

6 février 1961 :

CHOLÉCYSTECTOMIE simple, sans complications post-opératoires.

Octobre 1961 :

L'état de santé de la malade laisse à nouveau à désirer, elle présente :

- vomissements ;
- oligurie;
- douleurs lombaires bilatérales;
- céphalées;

et son médecin semble percevoir à nouveau, le rein gauche, douloureux.

10 octobre 1961 :

Nouveaux examens qui montrent :

- azotémie : 1,14 g;
- concentration de l'urée dans l'urine : 13 g/l;
- chlorures : 1,78 g/l.

Le Docteur Michon consulté, pense à une réaction fibreuse autour de la bouche refaite et conseille, avant de réintervenir éventuellement, le Cortancyl.

Radiographies dans deux mois.

Décembre 1961 :

Radiographies : amélioration très légère de l'aspect hydro-néphrotique. Etranglement persistant de l'anastomose.

8 décembre 1961 :

Intervention pour contrôler l'état de la jonction pyélo-urétérale :

On arrive sans difficulté majeure à dégager le rein, l'uretère et le bassin. On constate qu'il existe une forte pyélo-néphrite et que le rein ne paraît ni tendu ni dilaté, comme à la première intervention. La vascularisation est très marquée et il existe une grosse veine d'environ 2 mm de diamètre qui remonte à la face antérieure de l'uretère, croise la néo-anastomose et va se jeter dans les veines du pédicule rénal. Cette veine n'est pas coupée mais toutes les branches qu'elle envoie à l'uretère et au bassin, sont coupées.

Une fois la jonction bien dégagée, on constate :

- que la jonction se fait à la partie la plus déclive du bassin;
- que l'uretère sous-jacent a un aspect normal et un diamètre normal.

On ouvre alors largement le bassinnet dont les parois sont épaisses.

La jonction est explorée avec une grosse pince de Kocher. Elle est souple et la pince pénètre facilement à l'intérieur.

Enfin, avec beaucoup de facilité, on enfonce jusque dans la vessie, une grosse sonde urétérale.

Devant la qualité de cette anastomose, on ne juge pas opportun de faire autre chose.

On se contente de reséquer le bassinnet d'une surface de 2×3 cm.

11 janvier 1962 :

On revoit la malade dont l'état est très satisfaisant :

— concentration de l'urée dans l'urine : 13 g/l;

— dosage des chlorures : 8,77 g/l;

— urée sanguine : 0,80 g.

Depuis cette date, nous n'avons plus eu à nous occuper de cette malade.

OBSERVATION N° 2

Madame L..., quarante-quatre ans, deux enfants.

23 septembre 1957 :

La malade est adressée dans le service de Médecine Générale pour pyélonéphrite et état psychasténique très important.

L'état général est très médiocre avec dénutrition et asténie marquée.

C'est une femme qui a été soignée en sana, pour tuberculose pulmonaire bilatérale, en 1929.

Depuis le mois d'août 1957 :

Douleur rénale droite et cystite;

— pollakiurie et dysurie.

A l'examen : douleur à la palpation de la fosse lombaire droite. On perçoit un gros rein ptosé.

L'analyse d'urine montre :

— traces d'albumine;

— pus;

— quelques hématies;

— pas de B.K. à l'examen direct non plus qu'à la culture.

La numération et la formule sanguine :

donnent les chiffres suivants :

— G.R. : 5.000.000;

- G.B. : 8.200, dont
 - poly N : 56,
 - poly B : 1,
 - poly E : 1;
- lymphocytes : 41;
- monocytes : 1;
- urée sanguine : 0,23 g;
- B.W. : négatif.
- Cliché pulmonaire : nodules calcifiés des deux sommets.

28 novembre 1957 :

- la malade a une température à 37°; une T.A. à 15-9;
- *urographie I.V.* : retard de sécrétion à droite. Le rein droit présente une dilatation marquée du calice supérieur. Dilatation également nette, des autres calices et du bassinnet.

9 décembre 1957 :

- La malade entre dans notre service de chirurgie.
- *Cystoscopie* : peu de cystite. Orifice droit peut-être un peu irrité, mais cathétérisme facile.
- *La pyélographie par voie ascendante* se révèle parallèle à l'*urographie* : uretère banal; hydronéphrose franche.
- *La séparation d'urines* précise l'absence de B.K. même après inoculation au cobaye.
- La malade est suivie régulièrement pendant deux ans.

13 juillet 1960 :

HYSTERECTOMIE TOTALE pour fibrome contrôlé histologiquement.

20 novembre 1960 :

- Se plaint à nouveau de douleurs lombaires.
- *Urographie I.V.* : augmentation très importante de l'hydronéphrose droite.
- *Cystoscopie* : avec séparation d'urines, et
- *pyélographie* : confirment l'aggravation de l'hydronéphrose et le rétrécissement de la jonction urétéro-pyélique.
- L'analyse des urines ne montre pas de B.K. à l'examen direct non plus qu'à la culture.

6 janvier 1961 :

INTERVENTION (Chirurgien : Docteur Bancaud) : *urétéro-pyélo-Néostomie*.

Incision iliaque droite : on expose de façon parfaite le rein, le bassinnet et l'uretère.

Section en V ouvert en bas de la jonction pyélo-urétérale.

Fermeture de l'abouchement au catgut chromé 000.

Résultat qui devrait être bon.

Une sonde a été montée dans l'uretère jusqu'au bassinnet. On a l'intention de la laisser en place six jours. On ne draine pas le bassinnet.

31 janvier 1961 :

— *Urographie I.V.* qui paraît montrer une amélioration et la malade allant bien et urinant normalement, rentre chez elle.

2 mars 1961 :

On ne sent plus le rein à la palpation et la malade ne souffre pas.

Mai 1961 :

— *Une urographie I.V.* pratiquée, montre une grosse amélioration, qui vient confirmer l'examen clinique.

15 mai 1963 :

La malade entre à nouveau dans le service de Médecine du Docteur Paley, pour aggravation de son état psychique.

— *Les examens d'urine* pratiqués se révèlent tout à fait normaux. Bonne concentration d'urée urinaire.

— *L'urée sanguine* est de 0,30 g.

Au point de vue clinique, la malade va tout à fait bien, n'a plus la moindre douleur rénale et aucun signe de cystite.

— On profite de son séjour en médecine pour faire une *urographie I.V.* : qui montre une sécrétion rénale droite tout à fait normale, sans le moindre rétrécissement de la jonction urétéro-pyélique.

OBSERVATION N° 3

Enfant B..., treize mois, sexe masculin.

Cet enfant que nous voyons pour la première fois, le 26 avril 1961, présente plusieurs anomalies congénitales :

- ectopie testiculaire;
- malformation des deux pouces;
- oreilles décollées;
- surélévation congénitale, considérable, de l'épaule gauche.

Il nous est adressé pour infection urinaire grave avec syndrome de néphrite et altération importante de l'état général.

La palpation révèle une masse lombaire droite très importante.

Poids de l'enfant : 7,200 kg.

— *Urée sanguine* : 1,10 g.

— *L'urographie I.V.* : met en évidence un rein gauche muet.

Le rein droit est hydronéphrotique. Rétrécissement marqué au niveau de la jonction urétéro-pyélique. On conclut à une néphrite chro-

nique secondaire à une hydronéphrose droite infectée, chez un enfant ne présentant qu'un rein (cinquième malformation constatée).

28 avril 1961 :

INTERVENTION (Chirurgien : Docteur Bancaud).

Incision antéro-externe qui permet de trouver rapidement un rein droit fortement augmenté de volume et déformé. Un bassinnet gros et tendu.

L'uretère, très étroit sur environ 1 cm à son origine, se dilate ensuite progressivement. On expose les lésions.

Le bassinnet est incisé à sa face antérieure.

L'incision de l'uretère, longitudinale, forme avec celle du bassinnet, un V ouvert en bas dont les branches ont environ 15 mm.

Suture au catgut chromé 000, satisfaisante, de la jonction urétéropyélique.

Après avoir fait un drainage du bassinnet trans-rénal, par une sonde de Pezzer n° 12, fermeture de la paroi au catgut en deux plans.

Les suites de cette intervention ont été simples.

14 mai 1961 :

En scopie : on constate un passage magnifique du produit de contraste du bassinnet dans l'uretère. Malheureusement on ne peut le saisir en *graphie*, qui montre seulement un imprégnation importante de l'uretère.

4 juillet 1961 :

On revoit l'enfant qui va bien.

Poids : 8,100 kg.

22 septembre 1961 :

Nette amélioration de l'état général.

— *Urographie I.V.* : grosse amélioration de l'aspect du rein. L'uretère est un peu gros à sa partie moyenne et un peu rétréci à sa partie terminale. Il reste une petite dilatation portant sur le bassinnet.

avril 1963 :

On revoit l'enfant qui va parfaitement bien.

— Poids : 13 kg.

— Taille : 90 cm.

février 1964 :

On revoit cet enfant pour malformation de l'épaule sur laquelle on intervient chirurgicalement.

On profite de son séjour pour lui faire des examens qui montrent :

— urée : 0,25 g;

— examens d'urine : pas de pus, pas d'albumine, pas de cylindres;

— test d'Adis normal.

A la palpation, le rein est légèrement perçu dans la fosse lombaire droite.

— *L'urographie I.V.* nous montre, et l'on est agréablement surpris une bonne image d'évacuation du rein. Les calices supérieurs paraissent absolument normaux. Il n'y a pratiquement plus d'hydronéphrose. L'uretère, un peu long, est très modérément augmenté de volume.

On opère l'enfant de sa malformation de l'omoplate et on a bien l'impression, que maintenant, il est à l'abri, totalement, d'incidents éloignés.

OBSERVATION N° 4

Enfant D..., douze ans.

En mars 1962 :

Opérée d'appendicite à la suite de plusieurs crises douloureuses de la région iliaque droite. Appendice banal.

16 octobre 1962 :

L'enfant nous est renvoyée à la suite d'une infection urinaire à colibacille avec douleurs iliaques droites, remontant à trois semaines.

— *Urographie I.V.* qui montre un rein normal à gauche, mais anormal à droite. On pense qu'il s'agit d'un rétrécissement congénital de la jonction pyélo-urétérale.

29 octobre 1962 :

— *Pyélographie droite* : hydronéphrose considérable, uretère normal, mais rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale. Cette image confirme celles obtenues à l'urographie I.V.

On décide donc l'intervention chirurgicale.

30 octobre 1962 :

INTERVENTION (Chirurgien : Docteur Bancaud).

Incision antérieure iliaque basse. Il n'y a pas d'uretère rétrocave, ni de vaisseau anormal, simplement un contraste entre un bassinnet très distendu et un uretère normal (dans son point d'implantation et dans ses dimensions apparentes).

Après examen des lésions, bien que l'hydronéphrose soit considérable, et que la valeur du parenchyme rénal puisse être considérée comme très médiocre, il semble qu'une réimplantation longitudinale de l'uretère soit indiquée.

En coupant l'uretère à son point d'origine, on constate l'existence d'un rétrécissement de la jonction.

L'uretère est incisé longitudinalement sur une longueur de 25 mm.

Le fond sur bassinnet sur à peu près la même longueur.

L'hydronéphrose est vidée à l'aspirateur : 550 cc d'urine sont évacués. Le rein n'est plus qu'une coque dont le parenchyme est d'une extrême minceur.

L'uretère est ensuite réinséré au bas-fond du bassinnet, aux points séparés au catgut 000. Suture très satisfaisante.

Mise en place d'un drainage trans-rénal : sonde de Pezzer 14 et sonde urétérale 12.

La sonde urétérale est glissée dans l'uretère sur 10 cm.

5 novembre 1962 :

Ablation de la sonde urétérale n° 12.

12 novembre 1962 :

On passe sans difficulté une sonde urétérale droite n° 10 par les voies naturelles.

— *Pyélographie* : la sonde passe sans aucune difficulté et très facilement à travers la suture.

Remise en route progressive par l'uretère. On laisse une sonde urétérale 8 à 10 jours, qui permet de grands lavages du bassinnet.

4 décembre 1962 :

L'état de la malade est devenu très satisfaisant et elle peut quitter la clinique.

18 janvier 1963 :

La malade qui a été revue plusieurs fois, va bien. Elle ne fait plus de poussées thermiques.

28 février 1963 :

On revoit la malade pour lavage du bassinnet : les urines s'éclaircissent progressivement.

L'état général est très amélioré. A la palpation le rein n'est pas perçu.

— *Urée sanguine* : 0,30 g.

On monte une sonde urétérale à droite et on fait un examen de l'urine qui montre :

— albumine : 0,5 g/l;

— urée dans l'urine : 7 g/l;

— chlorures : 5,26 g/l.

La malade est revue en décembre 1963 : son état général est bon, elle va bien, se développe normalement, ne souffre pas, ne se plaint pas de cystite.

Toutefois, les urines restent un peu troubles. On palpe toujours un rein hydronéphrotique et l'amélioration radiologique, un an après l'intervention chirurgicale, est très modérée.

OBSERVATION N° 5

Madame G..., quarante-huit ans.

Cette malade nous est adressée le 12 mars 1962 pour hydronéphrose droite découverte par urographie I.V. avec grosse dilatation de la partie supérieure de l'uretère droit.

Histoire clinique : douleurs survenant par crises au niveau de la fosse lombaire droite, avec petites poussées fébriles.

Antécédents : tuberculose pulmonaire récente, mais stable, traitée par M. le Docteur Paley.

13 mars 1962 :

— *L'urée sanguine* est à 0,80 g.

— *La cystoscopie* montre : une vessie parfaite; des orifices des uretères normaux.

On monte des sondes et on fait une séparation d'urines :

	REIN GAUCHE	REIN DROIT
Albumine	15 g/l	1,54 g/l
Chlorures	11,23 g/l	2,13 g/l
<i>Cytologie</i> :	Très nombreux leucocytes. Très nombreuses hématies.	<i>idem</i>

Bactériologie :

— examen direct ...	négatif	négatif
— culture	négative	négative
— cobaye	négatif	négatif

— *Pyélographie par voie ascendante* : grosse hydronéphrose du rein droit. La jonction bassin-uretère se fait par un rétrécissement.

17 mars 1962 :

INTERVENTION (Chirurgien : Docteur Bancaud).

Voie d'abord antérieure.

On découvre rapidement l'origine de l'hydronéphrose : l'uretère passe en situation anormale, derrière la veine cave; avant le croisement il existe une coudure et un syphon.

On dégage progressivement l'uretère en évitant de sectionner son méso-vasculaire, on le découpe en oblique, on le décroise et l'on fait une suture en un plan séro-séreuse au catgut 000. Suture satisfaisante. On fait deux points de soutien en avant.

— Cette suture est faite sur une sonde urétérale n° 12 qui ressort à travers la partie basse du bassinets 3 à 4 cm au-dessus de la suture.

On profite de cette contre-incision pour mettre une sonde de Pezzer n° 14.

21 mars 1962 :

A noter que quatre jours après l'intervention, la malade fait une crise douloureuse de coliques néphrétiques gauches et bloque complètement son rein gauche.

— *Cystoscopie* : on aperçoit le calcul dans l'orifice de l'uretère gauche.

On monte une sonde qui débloque immédiatement ce rein gauche.

29 mars 1962 :

— *On fait un examen radiologique de contrôle par sonde urétérale* : On imprègne facilement les cavités du bassinets. La suture semble se faire à plein canal. Aussi, étant donné que l'on est au treizième jour, on enlève la sonde rénale.

7 avril 1962 :

Montée thermique et douleurs.

On remonte une sonde urétérale droite. On la laissera en place jusqu'au 12 avril.

Le 14 avril 1962 :

On remet en place une sonde urétérale pour douze jours. Elle permettra, définitivement, une reprise du fonctionnement.

28 avril 1962 :

L'état de la malade est très satisfaisant. Elle n'a pas de fièvre, ne souffre pas. Elle rentre donc chez elle.

22 novembre 1962 :

— *Urographie de contrôle* qui est très belle. La malade va toujours très bien et ne souffre absolument plus.

CONCLUSIONS

1) AU POINT DE VUE TECHNIQUE CHIRURGICALE

Voie d'abord antéro-externe qui permet d'arriver facilement sur la jonction pyélo-urétérale, abordée, en général, par voie antérieure.

Trois fois, nous avons réséqué franchement la partie rétrécie, sans désinsérer totalement l'uretère du bassin (Procédé de Fenger).

Une fois, nous avons fait une réinsertion totale.

Au point de vue réimplantation, il semble que l'on doive se laisser guider par l'aspect des lésions.

Si dans les *observations n^{os} 1, 2 et 4*, nous nous sommes contentés de l'incision en V ouvert en bas, dans l'*observation n^o 4* nous avons jugé préférable de faire une réimplantation complète de l'uretère en bonne position.

Nous avons fait les sutures au catgut chromé 000 en un seul plan, à points séparés, en s'efforçant de donner le meilleur affrontement possible.

Immédiatement, nous avons obtenu, à chaque fois, un très bon résultat puisque dans les observations rapportées, nous n'avons jamais eu de fistule urinaire.

Nous avons mis une sonde urétérale que nous avons tendance à laisser de 4 à 6 jours.

A chaque fois nous avons fait un drainage complémentaire de l'urine. Lorsqu'il s'agissait d'une hydronéphrose considérable, nous avons fait un drainage trans-rénal en se servant d'une poche d'hydronéphrose.

Dans l'*observation n^o 2*, nous n'avons pas fait de drainage du rein ni du bassin ; nous avons mis simplement, une sonde à demeure par les voies naturelles.

2) SUITES OPERATOIRES

Nous avons eu plusieurs fois des difficultés pour faire reprendre la fonction urinaire et l'évacuation normale de l'urine par l'uretère.

En effet, il arrive que, à chaque fois que l'on enlève la sonde urétérale qui passe facilement dans le bassinet, le rein se bloque, le malade souffre et fait une poussée thermique.

Dans l'*observation n° 5* notamment, cet incident s'est produit plusieurs fois pendant 30 à 40 jours et il est intéressant de noter que c'est la remise en place tardivement (40 jours après l'intervention) d'une sonde que l'on a laissée dix jours sans y toucher, qui a définitivement guéri le malade.

3) PRONOSTIC ELOIGNE

L'action de l'intervention sur l'hydronéphrose et sur la valeur rénale, varie essentiellement avec le stade d'altération rénale.

Dans l'*observation n° 2* et l'*observation n° 5*, le résultat peut être considéré comme très bon : très grosses améliorations radiologiques et fonctionnelle de l'hydronéphrose.

Pour les autres observations, il semble qu'il faille attendre très longtemps pour juger du résultat définitif de l'intervention.

Dans l'*observation n° 1*, bien que la malade n'ait qu'un rein et qu'elle ait pu reprendre une vie active après son opération et même supporter une nouvelle intervention pour cholécystite calculeuse, il ne semble pas que l'on puisse porter un pronostic favorable. Etant donné le chiffre de l'urée sanguine : 0,80 g et le chiffre toujours faible de la concentration de l'urée urinaire : 13 g/l, il est difficile de ne pas voir l'avenir de façon plus sombre.

Dans l'*observation n° 2* par contre, un recul de trois ans nous permet de constater une sécrétion tout à fait normale à l'*urographie I.V.* et la malade n'a plus eu à se plaindre de troubles urinaires depuis l'intervention.

Dans l'*observation n° 3*, l'enfant B..., 13 mois, qui n'avait qu'un rein lors de son intervention, le résultat, paraît jusque-là magnifique avec un recul de près de trois ans.

L'enfant grandit et se développe intellectuellement de façon normale.

Il n'y a plus d'albumine dans les urines et il ne présente plus de poussées d'infection urinaire. Il a guéri un eczéma suintant, tenace, qui lui a recouvert le corps pendant plusieurs mois, enfin, il a supporté d'excellente façon une nouvelle intervention sur sa malformation de l'omoplate.

Si le rein reste un peu gros à la palpation, l'urographie elle, est très bonne. Elle montre que la petite dilatation constatée lors de la précédente urographie I.V. a totalement disparue et que l'aspect du rein est maintenant tout à fait normal.

Dans l'observation n° 4, l'enfant D..., 12 ans, nous avons obtenu de conserver le rein qui faisait des poussées d'hydronéphrose infectée à répétition.

Ce rein fonctionne actuellement de façon médiocre, mais ne donne plus aucun ennui clinique.

Sur les clichés radiographiques, on ne peut pas dire qu'il y ait jusque-là, amélioration de l'hydronéphrose, cependant les urines du rein droit étaient encore très troubles lors de l'examen précédent. Maintenant, elles semblent devoir s'éclaircir modérément.

Mais nous n'avons pas assez de recul (un an et demi) pour juger du résultat définitif de cette intervention.

En conclusion, il semble que le pronostic éloigné soit en fonction des altérations rénales.

De plus, il est à noter que quel que soit le résultat fonctionnel, les améliorations radiologiques sont beaucoup plus rares et se révèlent toujours très tardives.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
LORTAT-JACOB

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER (P.) et FOURNIER (H.). — Le traitement des rétrécissements intrinsèques de la jonction pyélo-urétérale par l'opération plastique de FOLEY (*Semaine Hospitalière* (Ann. Chir.), avril 1955, 31, n° 4, 215).
- BRUEZIÈRE (J.). — (*E.M.C.*, Appareil urinaire. Fascicule 11.157, P 10, 2, 1962).
- CAMPBELL (M.). — L'hydronéphrose chez les nouveaux-nés et chez les enfants (*J. of Urology*, mai 1961, 65, n° 5, 734-753).
- CREEVY (C.D.) et HELENBOLTK (S.). — Les résultats de la plastie en Y avec recul de cinq à vingt-quatre ans. Etude de 73 observations (*J. of d'Urologie*, mars 1957, 77, n° 3, 388-401).
- DERMATAS (J.). — Résultats des interventions conservatrices dans le traitement des hydronéphroses (*Journal d'Urologie*, décembre 1956, 62, n° 12, 739-752).
- FORET (J.). — Résultats des interventions conservatrices dans le traitement des hydronéphroses (*Journal d'Urologie*, 1953, 59, n° 10, 611-622).
- KUSS (R.). — Résection de la jonction pyélo-urétérale pour hydronéphrose (*Journal d'Urologie*, 1950, 56, n° 11-12, 947-950).
- MACQUET (P.). — L'hydronéphrose congénitale par obstacle de la jonction et son traitement. Technique personnelle (*Journal d'Urologie*, décembre 1955, 61, n° 12, 779-785).
- MICHON (L.). — La sténose de la jonction pyélo-urétérale (*Journal d'Urologie*, décembre 1960, 66, n° 12, 891-892).
- QUENU (L.). — Les anastomoses urétérales (Rapport du 53^e Congrès Français d'Urologie, octobre 1958).
- STEWART (H. H.). — La néphroplastie dans le traitement de l'hydronéphrose (*Brit. J. of Urology*, septembre 1957, 29, n° 3, 277-286).

